

介護予防ケアマネジメント研修

予防ケアプラン作成の基礎講座

【予防ケアプランの特徴と目標のイメージ】

寝屋川市高齢介護室

先に結論を！

予防ケアプラン作成にあたって、わかりにくいことがあれば、担当包括と一緒に考えていきましょう。

一緒に考えていくにあたっての基礎的な様式の特徴や各項目の考え方を説明していきます。

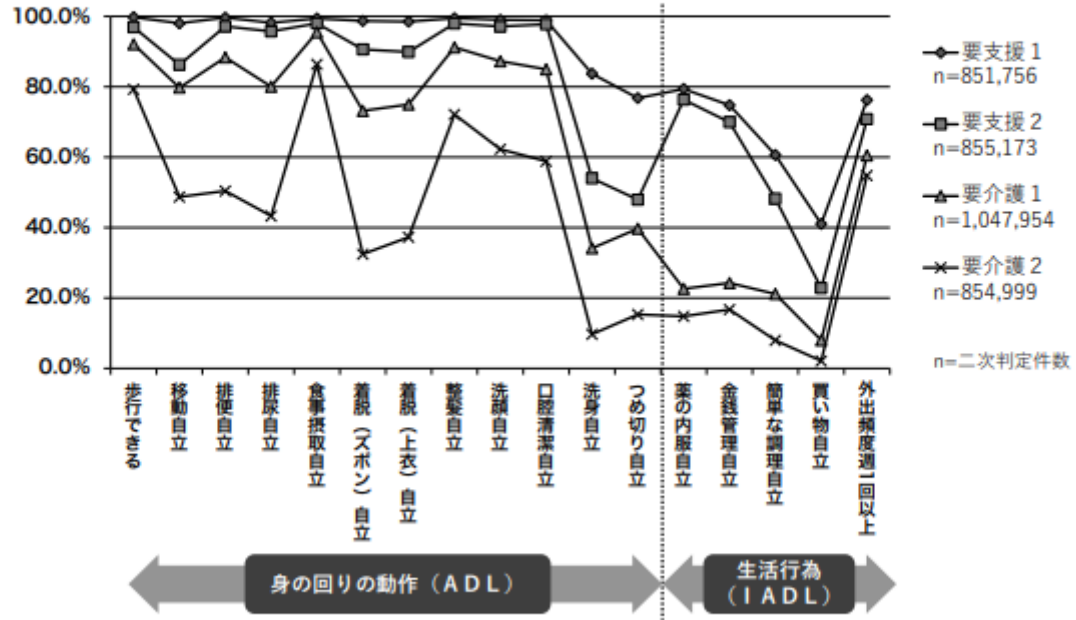
今回の要支援者像のイメージ

「本人の頑張り次第で再び『自立』した生活が送れる可能性がある状態」の人

認定調査結果からみると要支援者のほとんどは、
**身の回りの動作は自立しているが、
買い物など生活行為の一部が困難
となっている。**

要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、
買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には「何かにつかまればできる」を含む。
 ※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果 (出典：認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

↑これが、全国的な要支援者像。
 ですが、実際には生活行為の一部が要介護1や2に近い状況の人もあります。
 寝屋川では、通所型サービスの3要件、訪問型の身体介護に該当する人がそうなります。

今回のケアプラン作成の対象としているのは、全国的な要支援者像の人になります。

自身の現状を理解でき、それを解決していくための手段を検討でき、解決後のイメージを持つことができる人です。

ということは、我々は、利用者の現状を分析でき、解決の手段を提案でき、解決後のイメージを導き出せる人。ということになりますね。**予防ケアプランはこれの文章化**です。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

※本表は介護予防サービス結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

予防ケアプラン様式の構成

月 日～ 年 月 日
 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業
 画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）
 担当地域包括支援センター：

目標とする生活（まずはここから）											
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）
（運動・移動について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
（日常生活（家庭生活）について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
（健康管理について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

アセスメント

問題から課題へ
 デマンドからニーズへ

提案

提案した目標と具体策に対する利用者の意向・意欲等の確認

ケアプラン

目標を解決していくための手段、役割、期間を記入

予防ケアプラン様式の構成の特徴は「ケアマネジメントの思考過程を明らかにできる」こと
 1枚の計画書の中に、アセスメント～提案～ケアプランに至るプロセスを確認することができる

計画状況について
 地域支援事業、介護保険、総合事業等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【意見】
 【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

※このフォーマットは結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

予防ケアプラン様式には
3つの目標があります

月 日 ~ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター：

1日 ⇒ 1日（日々の目標）		1年 ⇒ 1年（長期目標）									
アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	支援計画					
						目標	目標についての支援のポイント ()	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス (民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
		□有 □無									

1日と1年の間（短期目標）
スモールステップ

予防ケアプラン様式の特徴：「3つの目標の関係」

1年後の目標を実現・再現するために、段階的に短期目標（A～C）を設定して達成していく。短期目標を達成するにあたって、日々取り組むことが1日の目標となる。

元の生活を取り戻す！



目標の基本的な考え方 厚労省からは「達成可能な目標を設定すること」と言われています。

- ・達成可能な短期目標を設定するには「短期C」よりも「短期A」の方が達成率が高くなる。
- ・短期目標の期間については「短期C」よりも「短期A」の方が短期間となる。

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこも り予防	物忘れ 予防	うつ 予防
予防給付または 地域支援事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

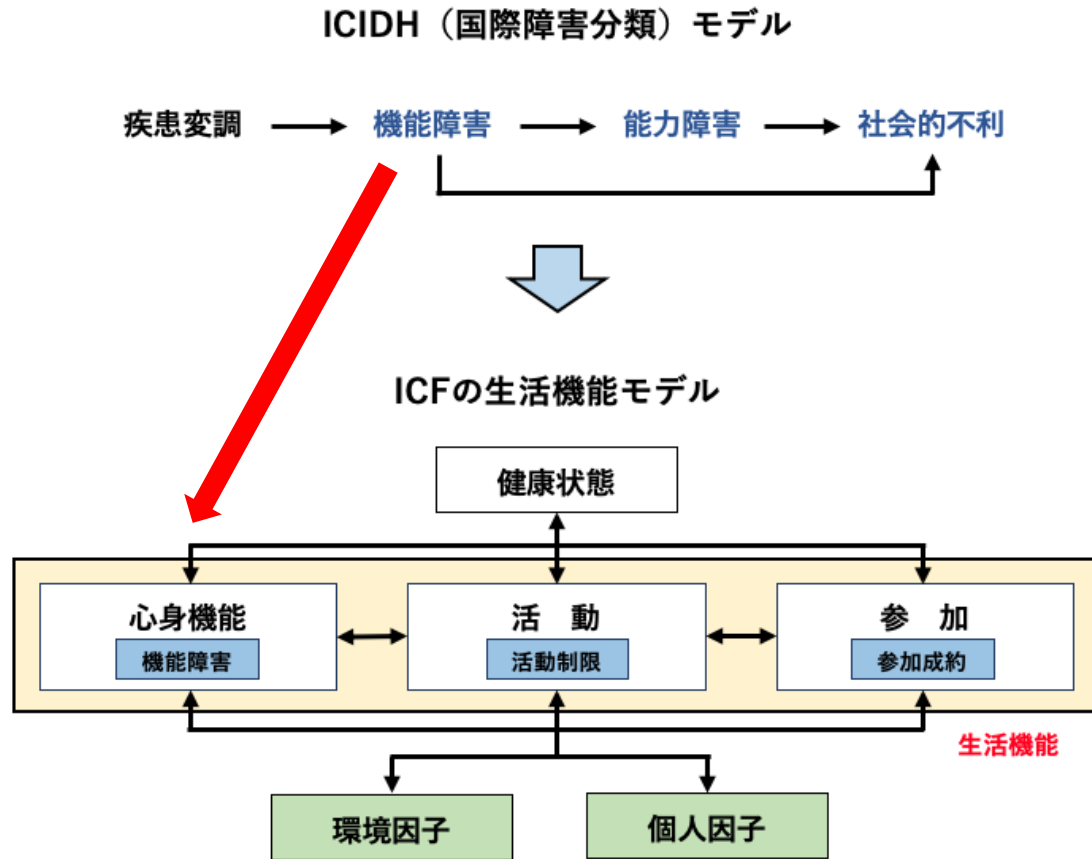
目標が達成しにくいケアプランの特徴

- 1位 サービスの利用の仕方になっている
- 2位 身体のパーツの治癒改善を目指している
- 3位 できないことを補完する内容になっている
- 4位 1つの目標に複数の目標が設定されている
- 5位 目標が壮大で安心・安全・安寧が含まれている

こういった目標内容は、そもそも予防ケアプラン様式の特徴とマッチングしないので、違和感を持ちながら作成しているのではないのでしょうか？

予防ケアプランはICFと親和性が高いので、ICFの理解が不可欠です。

ICFとは？ 機能障害の捉え方がポイントです



ICFが何かはケアマネジャー研修で学んでいるので割愛しますが、ケアプランに当てはめて簡単に理解を進めていくと、機能障害（心身機能）を脇役にして、活動と参加にスポットをあてたことです。

要するに、**ケアプランの目指すところは、心身機能ではなく、活動か参加**ということです。

目指すところというのは「**目標**」となりますので、目標の内容は活動か参加にしないと、ケアプランが作りやすく、目標も未達成になりやすくなります。

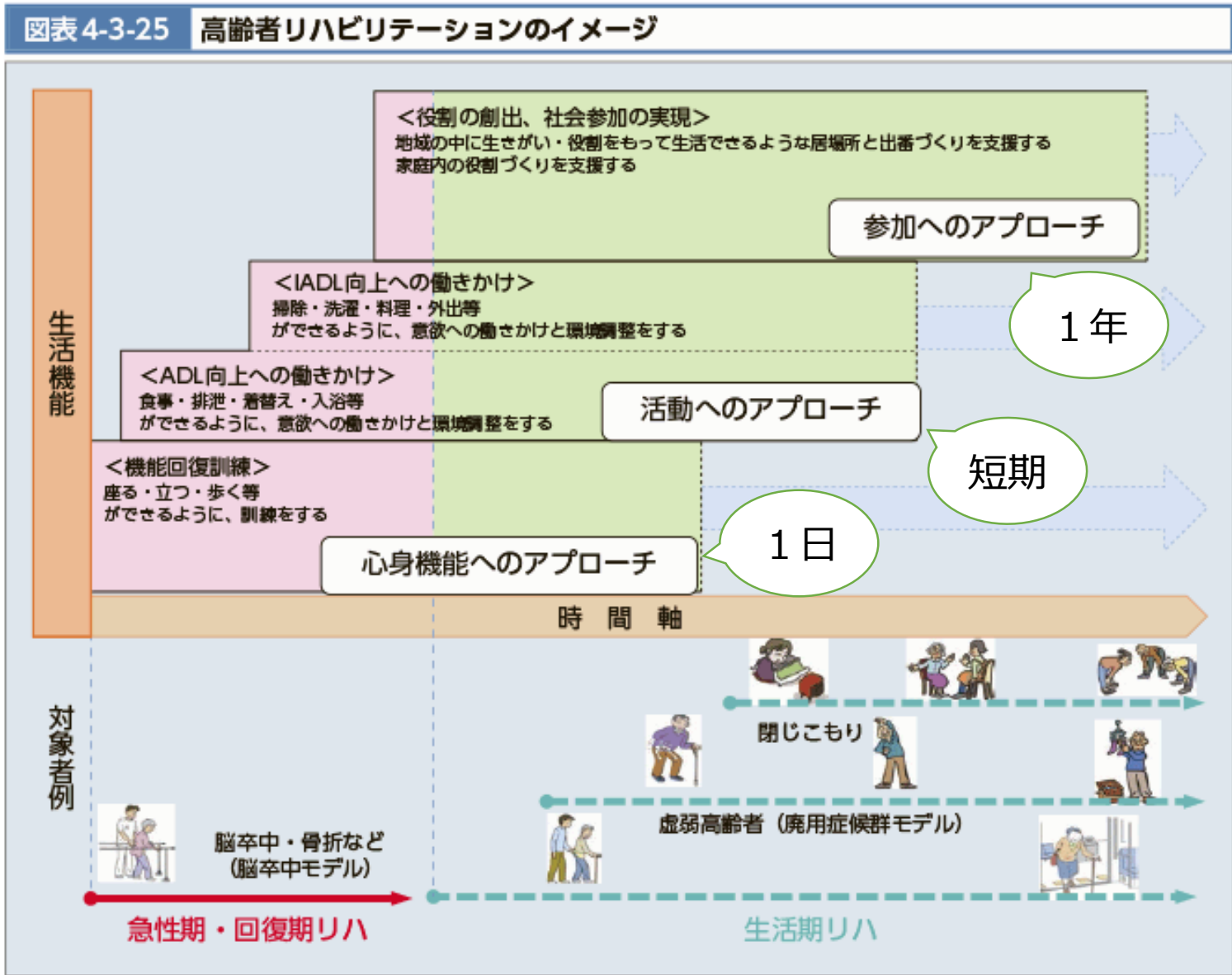
- 1位 サービスの利用の仕方になっている
- 2位 身体のパーツの治癒改善を目指している
- 3位 できないことを補完する内容になっている

これらには活動と参加の要素が含まれていないので、予防ケアプランに馴染まない。となります。

特に2位は心身機能の身体構造そのものですので分かりやすいかと思います。

予防ケアプランが「**目標指向型**」と言われる所以です。

活動と参加のイメージ リハビリテーションと重ねて理解を進めます



リハビリ目線でケアプランの目標と期間をイメージ
介護保険で担うリハビリは「生活期（維持期）リハ」です。

リハビリには必ずゴールが設定されます。イメージ図でいうと「参加」であり<役割の創出、社会参加の実現>となっています。

ここでは、心身機能は<機能回復訓練>であり、活動へつなげる基本動作とみてとれます。

何が言いたいかというと、心身機能を維持改善することは、目標ではなく、日々の取り組みである。ということ。

よって心身機能を目標にしてしまうと、何のための取り組みなのか分かりにくくなります。

“座る・立つ・歩く”ことを維持改善することによって、何をを目指すのかをケアプランで読み取れるように表現していかなければいけません。

よって、提案として
「1日：心身機能」、「短期：活動」、「1年：参加」を基本的な組み合わせとして、目標のイメージを作っていければと思います。

予防ケアプラン様式の理解

I C F に置き換えて理解していく (セルフマネジメント可能ケース)

サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

認定の有効期間 年 月 日～年 月 日

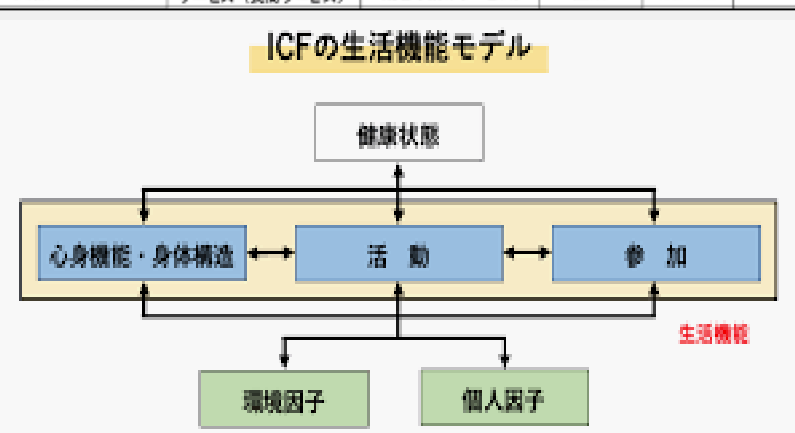
初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1日	身体構造	活動	1年	参加	活動・IADL
----	------	----	----	----	---------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）
(運動・移動について) 身体構造 活動		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	環境因子			活動 IADL	<div style="text-align: center;"> <p>ICFの生活機能モデル</p>  </div>				
(日常生活(家庭生活)について) 活動		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個人因子			参加					
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて) 参加		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
(健康管理について) 健康状態											

◎生活不活発病には、どのような原因があるか

個人的要因

- ・ 身体機能
- ・ 精神機能
- ・ 経済状況 等

- ・ 筋力や持久力等の心身機能や基本的動作能力の見極め
- ・ 入浴等のADLや調理等のIADLを活動や環境面から能力の見極め
- ・ 言語や嚥下摂食機能等の心身機能やコミュニケーション能力
- ・ 食事形態や栄養状態の見極め
- ・ 義歯や口腔内衛生状況の見極め
- ・ 本人の興味関心 等

環境的要因

- ・ 家族、経済的支援
- ・ 近親者、近隣住民
- ・ 住まい、居住環境
- ・ 社会資源 等

- ・ 自宅や地域の日常生活動線
- ・ 家族構成や家族システムの現状（決定や権威等）
- ・ 居住地域の文化や近隣住民との関係性
- ・ 地域での役割（時系列で変化を確認）
- ・ 社会資源の有無 等

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察

健康状態

基本チェックリストの（該当した地域支援事業の場合は必要な事項）

運動不足	5
予防給付または地域支援事業	／5

のポイント

ます。

印

目標とする生活

1日 1日、1年をどのように過ごしたいか望む生活のイメージを具体的に（※ここを軸に、以下を入力していく）

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
（運動・移動について） 4つの領域については次頁で説明します。	現状をどのように思っているか、今していない理由	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 現状の原因は何か、改善の可能性は？	目標とする生活 を達成するために改善の必要性があること。各領域の課題を統合して全体像を捉える。	目標とする生活 を達成するために実行すること。目標設定は総合的課題の解決を目指したものの具体策は目標を達成するための方法	提案した目標をどのように思うか。 提案した具体策について、利用者の意欲や実行の可能性を明らかにする。	望む生活に必要なこと。 提案した具体策の中から利用者が選択する。評価が可能なように具体的に記載する。 「まずは何から始めていくか」 「目標とした生活に近づくには、この期間で何ができたらいいのか」	（ ） 合意できた目標を支援するための支援者共通の留意点を記載する。	誰がどのように実行するかを具体的に記載する。それぞれが出来ること・すること。	サービス利用時どのような支援を行うか記載する。	実行目標の達成期間をいつまでにするか考慮して決める。頻度は提供事業者が設定、目標達成可能な回数を専門的見地から提案する。		
（日常生活（家庭生活）について）	は？ 今後どのようにしたいか。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					（ ）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					（ ）					
（健康管理について）	「本人が読みやすいプランにする！」 本人が見てわかりやすいことが、プラン作成にあたって最も大切な要素かと思えます。プランを配布したのがゴールではなくスタートなので、期間中に読み直してもらい、目標に向かって取り組む意欲が上がるような内容にしていきたいものですね。						（ ）					

支援計画に必要な要素
具体的に何をどのようにしていくか
実行計画を具体的に提示する
実行目標に対して、利用者をどのように支援し、いつまでに実行するか決定する。

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

主治医意見書等から留意すべき情報を抽出
副作用リスク・急変病状・禁忌事項などを書く

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

目標とする生活（1日・1年）や目標についてそれぞれが取り組む共通の方向性や留意点を記載する。

具体的かつ端的に記入するように心がけましょう

⇒長すぎると、本人のモチベーションが下がる可能性があり、意欲（自己効力感や行動変容）の低下につながる可能性があります。

アセスメント領域と現在の状況	「どのような生活を送っているか」 目標と実際の生活状況の乖離を明らかにすることが目的。
<p>■ 運動・移動について 「行きたい場所へどのような手段で移動できるか」 ICFの「活動」。活動の中から移動状況をピックアップしています。それだけ要支援者にとって移動の把握は大切です。</p>	<p>・自宅内、屋外の移動をどのように行うか（杖なし・杖あり・歩行器） ・公共交通機関の使用はできるか（電車・バス・タクシー） ・麻痺・拘縮の有無 移動範囲や可能動作については、具体的な時間や距離で記載すると、目標としての設定、生活場面の把握に活かしやすいです。</p>
<p>■ 日常生活について 「掃除・調理・買い物などの家事をどのようにして行うか、できない場合はどのように対応しているか」 ICFの「活動」。主にIADLの把握です。ポイントは「している活動」「できる活動」「していない活動」の分析です。</p>	<p>一部を家族等の支援を受ける場合、できること、できないことを記載し、改善点やニーズに繋がります。 直接の家事だけでなく、生活における収支の把握（年金等の金額、光熱費や新聞、買い物支払い）預貯金の出し入れ動作などについてもここに記載します。 また、植物やペットの世話など趣味につながる場面、生活観についてもこの日常生活の場面に記載します。</p>
<p>■ 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて 「家族・親類・友人との交流状況」 ICFの「参加」。フレイルの入口といわれている部分で、生活不活発状況を把握することが目的です。</p>	<p>サークルや老人クラブ等、地域行事への参加状況。 家族や近隣地域における役割。 1年前と比較すると、どれくらい「増えた・減った」と変化具合が書きやすくなります。</p>
<p>■ 健康管理について 「清潔、整容、口腔ケアが自身で行えているか」 ICFの「健康状態」。</p>	<p>入浴や排泄の状況については、頻度や介助の必要性も記載します。疾患の状況だけでなく、管理状況や、予防に向けての取り組み・意識なども書かれていると良いです。 あまり書いていませんが、飲酒（缶や合の単位で）・喫煙（1日〇本）の状況、身長・体重も記載されておくと、用具選定や体重の増減等、後々役に立ちます。</p>

ぐんま版予防プランでは、基本情報の「趣味・楽しみ・特技」から、4つの領域の現状を読み取ることができるとしています。

例) 趣味は？ A：今はしていないけど、カラオケに行くのが好きだった。

Q：どこへ？バスで？（運動・移動）、だれと？（社会参加・コミュニケーション）、何故、行かなくなったのですか？（健康管理）

最後に

今回は基礎講座なので予防ケアプラン様式の特徴と目標イメージの共有で終わりにします。とはいえ、まだまだ入口部分です。

予防ケアプランと要介護ケアプランは様式は違えど、目指すところは同じ「自立支援」なので、各項目の考え方はよく似ています。

しかしながら、冒頭でも言いましたように、ケアプランを作成するにあたっては、一人で悪戦苦闘せずに担当包括と一緒に考えながら進めていきましょう。